110133 vol CXXV

SUPPLÉMENT A L'EXPOSÉ

DES TITRES

ET

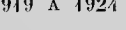
TRAVAUX SCIENTIFIQUES

DE

M. LE D[r] PIERRE DUVAL

110,133

1919 A 1924



DON : D[r] A. Netter
1925

PARIS
MASSON ET C[ie], ÉDITEURS
LIBRAIRES DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN

1924



TITRES

1919. Professeur à la Faculté de Médecine de Paris.
Médecine opératoire, 1919.
Clinique thérapeutique chirurgicale, 1921.
1920. Membre honoraire du Collège Royal des Chirurgiens d'Angleterre.
1920. Correspondant de la Société Belge de Chirurgie.
1921. Correspondant étranger de l'Académie Royale nationale de Médecine de Madrid.
1923. Correspondant de l'Académie Royale de Médecine de Rome.
1923. Membre honoraire de l'Association des chirurgiens de Grande-Bretagne et d'Irlande.
1924. Correspondant étranger de la Société médico-chirurgicale de Bologne.



TRAVAUX

ESTOMAC

Ulcèrs de la petite courburs de l'sstomac. — *Rapport au Congrès français de Chirurgie*, 1920.

Traitement des ulcères de la pstits courbure par la méthode de Balfour. — *Bull. Soc. Chir.*, 1919, p. 1119

Traitemsnt des ulcères perforés de l'estomac ; opportunité de la gastro-sntérostomie immédiats. — *Bull. Soc. Chir.*, 1921, p. 727.

Excision ds l'ulcère perforé de l'estomac. — *Bull. Soc. Chir.*, 1922, p. 853. (En collaboration avec Stultz.)

Traitemsnt de l'ulcère psrforé de l'estomac par l'ablation immédiats. Excision, gastrectomie. — *Bull. Soc. Chir.* 1922-1923 et 1924, *passim.*

Ds la septicité des parois gastriquss et dss lymphatiquss périgastriquss dans certains ulcèrss chroniquss gastro-duodénaux ; importance ds cstte notion au point de vus dss suitss opératoires et des indications thérapeutiques. — *Bull. Soc. Chir.*, 1923, p. 735. (En collaboration avec J.-Ch. Roux et F. Moutier.)

Note sur l'évacuation ds l'estomac après gastropylorectomie par le procédé de Péan. — *Bull. Soc. Chir.*, 1920, p. 1158.

Indications fourniss par l'étuds anatomiqus et pathogénique de la psrforation dss ulcèrss gastro-duodénaux. — *Bull. Soc. Chir.*, oct. 1924.

Nous avons étudié l'ulcère de l'estomac à plusieurs points de vue. Tout d'abord le rapport qui nous a été confié en 1920, nous a été l'occasion d'établir l'entité clinique, radiologique et thérapeutique de l'ulcère de la petite courbure.

L'ulcère de la petite courbure est le plus fréquent des ulcères gastriques, son expression clinique est faite de modalités des grands signes d'ulcères bien définies par A. Mathieu.

Ses signes radiologiques sont nets, ils varient avec le degré de la lésion

anatomique. Avant l'apparition de la niche de Haudek, on note la perte localisée de souplesse, d'extensibilité et de contractilité de la petite courbure, signe que nous avons décrit sous le nom « de rigidité ou rectitude segmentaire ».

Lorsque cette rectitude est observée d'une façon permanente avec, en face d'elle, une encoche spasmodique, on peut affirmer conjointement aux signes cliniques habituels, l'ulcère de la petite courbure.

Puis nous avons décrit l'image habituelle d'un ulcère de la petite courbure sous forme de biloculation mixte de l'estomac, mixte c'est-à-dire ulcéreuse et spasmodique.

Au point de vue du traitement, nous avons essayé de montrer qu'il convenait de proportionner l'acte opératoire au degré d'extension des lésions gastriques. Nous avons montré dans les ulcus très localisés les bénéfices que l'on peut tirer de l'opération dite de Balfour; dans les lésions plus étendues les avantages des excisions gastriques et ceux des gastrectomies, sans vouloir adopter la doctrine allemande qui veut que pour guérir l'ulcus gastrique et éviter l'ulcus peptique, on résèque les trois cinquièmes de l'estomac!

Nous avons ensuite étudié surtout l'ulcère gastrique au point de vue de sa septicité. L'examen histologique montre fréquemment des germes divers dans la paroi de l'estomac au contact de l'ulcère, la culture de ces parois est souvent positive. Le germe le plus important est l'entérocoque ou le streptocoque.

Cette septicité des ulcères est la cause de certains désastres opératoires.

Tout d'abord elle est bien plus que l'anesthésie générale la cause des broncho-pneumonies post-opératoires, puis c'est en elle qu'il faut rechercher et que l'on trouve la cause des infections opératoires, gastriques, périgastriques, voire même des septicémies.

L'infection de l'ulcère est la cause fréquente des perforations de l'ulcère; elle explique le développement rapide des péritonites à streptocoque, certains échecs de la simple suture des perforations, et les succès des résections gastriques immédiates.

Nous nous sommes attachés en particulier à montrer que les résections gastriques devaient prendre une place très importante, sinon la principale, dans le traitement des ulcères perforés.

Dans la technique opératoire des gastrectomies, nous nous sommes efforcés de montrer que le procédé de réunion qui donne le meilleur résultat fonctionnel est le procédé de Péan, c'est-à-dire la suture termino-latérale de l'estomac au duodénum et que tous les autres, Billroth, Polya, etc., donnent

des résultats fonctionnels que l'examen radiologique montre nettement inférieurs.

DUODÉNUM

Coexistence d'une sténose de la troisième portion du duodénum par compression mésentérique et d'un ulcère de la première et de la deuxième portion du duodénum. Discussion de la conduite chirurgicale opportune. — *Bull. Soc. Chir.*, 1922, p. 391. (En collaboration avec Basset.)

La périduodénite essentielle. — *Archives des maladies du tube digestif*, 1923. (En collaboration avec J.-Ch. Roux et H. Béclère.)

Les sténoses sous-vatériennes du duodénum. — *Archives des maladies du tube digestif*, 1922. (En collaboration avec Gatellier.)

Les péri-duodénites. — *Bulletin de l'Académie de Médecine*, 1923.

Étude médico-radio-chirurgicale sur le duodénum. Pierre Duval, J.-Ch. Roux, H. Béclère; 1 volume chez Masson et Cie, Éditeurs, mai 1924.

L'étude de la pathologie chirurgicale du duodénum nous a paru d'autant plus nécessaire, qu'en dehors de l'ulcus, elle n'a pas été l'objet d'un travail d'ensemble.

Le livre publié chez Masson résume nos études cliniques, radiologiques et opératoires. Nous avons étudié surtout les sténoses chroniques incomplètes du duodénum.

Toutes ces sténoses donnent naissance à une intoxication chronique dont la preuve expérimentale a été donnée par différents auteurs; nous avons essayé d'en établir la réalité clinique chez l'homme, d'en donner les signes et de montrer toute son importance dans les indications thérapeutiques.

Parmi les sténoses chroniques incomplètes du duodénum, nous avons fait une étude particulière : 1° de la compression par le pédicule mésentérique, 2° de la périduodénite que nous avons dénommée « essentielle ».

La compression par le pédicule mésentérique était surtout décrite en Amérique, notre étude porte surtout sur le syndrome très net, si particulier de cette affection, sur le syndrome radiologique si précis qu'il établit le diagnostic, sur le traitement rationnel enfin qui est la duodéno-jéjunostomie. Cette opération, inventée en France, mais pratiquée presque exclusivement en Amérique, est le traitement de choix de cette variété de sténose duodénale. Le résultat qu'on en obtient est régulier et complet. Cette affection est fréquente. Notre statistique personnelle est d'une trentaine de cas actuellement opérés.

La périduodénite « essentielle » est cette variété d'adhérences qui ne relèvent d'aucune lésion viscérale en évolution. Ces adhérences sont possible-

ment congénitales, comme aussi possiblement le reliquat d'une lésion septique abdominale antérieure.

Le syndrome radiologique est une déformation irrégulière, indescriptible du bulbe qui donne l'impression de ne pouvoir se remplir parce qu'il est enserré dans un filet d'adhérences, déformation tout à fait différente de celle des ulcères duodénaux.

Une forme particulière de la périduodénite est constituée par les adhérences sous-méso-coliques barrant la troisième portion du duodénum dont le diagnostic différentiel avec la sténose par le mésentère ne peut être fait que radiologiquement.

Le traitement de ces adhérences périduodénales est leur section et nous avons expérimenté pour la réfection du péritoine les griffes libres du grand épiploon qui ne donnent des résultats que dans les cas strictement aseptiques.

Un point particulier de ces sténoses chroniques incomplètes du duodénum est leur coexistence fréquente avec les ulcères duodénaux ou gastriques.

Si la sténose duodénale passe inaperçue, le traitement isolé de l'ulcère quel qu'il soit est frappé d'inefficacité.

Nous avons ensuite étudié le duodénum dans la lithiase biliaire et constaté que la périduodénite sténosante est des plus fréquentes au cours de la cholécystite calculeuse.

Le syndrome clinique est la forme dyspeptique de la lithiase, le syndrome radiologique est net sous forme de modifications diverses de l'image bulbaire.

La périduodénite sténosante peut persister après la cholécystectomie, elle est l'explication des « lendemains douloureux » de l'opération. Elle justifie la gastro-entérostomie immédiate ou consécutive.

Ce livre sur le duodénum contient encore une classification des signes radiologiques de l'ulcus duodénal, et une étude de technique opératoire sur la duodéno-jéjunostomie.

Ces études qui ne sont qu'un début nous ont conduit aux conclusions suivantes :

Toute la pathologie du duodénum est à faire. Elle nécessite la collaboration intime du médecin, du chimiste, du radiologue et du chirurgien.

Les nouveaux moyens d'exploration, le tubage duodénal, la radiographie en série, sont les auxiliaires indispensables du clinicien.

Bien des cas dont le diagnostic clinique est imprécis : lésion gastro-duodénale, cholécystite... dont le diagnostic opératoire même n'a pu être fait avec netteté, ne sont autre chose que des lésions du duodénum.

Cliniquement, il faut penser bien plus fréquemment au duodénum, radiologiquement il faut systématiquement examiner la forme et le transit duodénaux : opératoirement il faut toujours examiner le duodénum dans ses quatre portions.

Nous avons acquis la persuasion que par la collaboration intime du médecin, du radiologiste, du chirurgien, la pathologie du duodénum sera progressivement établie.

PANCRÉAS

Calcul du pancréas, extraction par pancréatotomie idéale; essai d'indication thérapeutique chirurgicale dans les calculs du pancréas. — *Bull. Soc. Chir.*, 1921, p. 1264. (En collaboration avec Gatellier.)

FOIE

La cholémie post-anesthésique. — *Bull. Soc. Chir.*, 1919, p. 912.

A propos de quelques cas de chirurgie du cholédoque. — *Bull. Soc. Chir.*, 1919, p. 1298.

Radiographie positive de calculs du cholédoque. — *Bull. Soc. Chir.*, 1919, p. 1304. (En collaboration avec H. Béclère.)

Adénome solitaire du foie. Résection du foie. Guérison. — *Bull. Soc. Chir.*, 1919, p. 588.

Étude radiologique des voies biliaires normales lithiasiques. — *Archives des maladies du tube digestif*, 1923. (En collaboration avec H. Béclère.)

La radiographie de profil. Diagnostic des ombres calculeuses de l'hypochondre droit. — *Id.*, 1924.

Notre effort principal a porté en collaboration avec Henri Béclère sur la radiographie des calculs biliaires.

Notre statistique nous donne une moyenne de 80 p. 100 de résultats positifs dans la radiographie de la lithiase vésiculaire.

Les signes radiologiques sont les signes directs : visibilité des calculs les signes indirects, signes pyloro-duodénaux et coliques.

L'étude chimique des calculs opaques ou transparents aux rayons X nous a montré que si la teneur en chaux et en magnésie est importante pour la visibilité des calculs, elle n'est pas tout et qu'il y a vraisemblablement des produits organiques inconnus jusqu'ici qui rendent les calculs opaques. Nous avons

même obtenu des images positives de calculs du cholédoque ; les cinq premiers cas publiés nous appartiennent.

Nous avons montré qu'un signe particulier aux calculs biliaires était leur déplacement par rapport les uns aux autres dans la vésicule même suivant les examens et suivant les différentes attitudes du corps.

Les signes indirects duodénaux sont soit l'empreinte de la vésicule sur le duodénum, soit la périduodénite déformante.

La radiographie du profil montre que la rétroposition du bulbe par rapport au corps de l'estomac semble être le propre de la lithiase vésiculaire.

Nous avons pour le diagnostic différentiel des ombres calculeuses du flanc droit utilisé la radiographie de profil et montré qu'elle permet d'établir le diagnostic dans les cas difficiles entre les calculs de la vésicule et ceux du rein droit.

Par la radiographie sur des cadavres injectés, par l'étude de la pyélographie, par celle des calculs en place, nous avons montré que les calculs vésiculaires dans la radiographie de profil se projettent sous la paroi abdominale en avant du rachis, alors que les calculs du rein sont latéro-vertébraux se projetant sur l'arc postérieur ou le corps des vertèbres lombaires.

En résumé, nos études radiologiques conduisent à cette conclusion que la radiographie est indispensable dans l'étude clinique de la lithiase biliaire, mais qu'il ne faut point recourir à elle comme au moyen exclusif d'établir le diagnostic.

L'examen radiographique rentre dans l'examen clinique général au même titre que l'examen du sang et des urines, et peut confirmer un diagnostic, l'orienter ou l'imposer suivant les cas. Il donne des résultats positifs dans 80 p. 100 des cas. Il permet au chirurgien de prévoir jusqu'à un certain point les lésions anatomiques vésiculaires et péri-vésiculaires et lui fournir de précieuses indications sur l'opération qu'il devra pratiquer.

THORAX. CHIRURGIE INTRA-PLEURALE

L'extraction des projectiles cardio-pulmonaires. — *Bull. Soc. Chir.*, 1919, p. 863.

Kyste dermoïde du médiastin antérieur développé dans l'hémithorax gauche. Extirpation totale par voies transpleurales. — *Bull. Soc. Chir.*, 1921, p. 200. (En collaboration avec Clerc.)

Fibrome costal à développement intrathoracique, extraction par voie transpleurale et pneumothorax total. — *Bull. Soc. Chir.*, 1923, p. 706.

Les données actuelles de la chirurgie intra-thoracique unilatérale en plèvre libre. Conférence faite à l'Universal de Londres. — *Presse médicale*, 1922. 13 mai, n° 38, p. 409.

Le pneumothorax est-il bilatéral chez le chien. — *Presse médicale*, 1923. 25 août, n° 68.

Éventration diaphragmatique gauche.

Plicature et fixation du diaphragme par voie thoraco-abdominale. — *Bull. Soc. Chir.*, 1924, p. 178. (En collaboration avec Jean QUÉNU.)

Nous avons poursuivi nos études sur la chirurgie thoracique et sur la chirurgie intra-pleurale en particulier.

Nous avons montré que toutes les conclusions de la chirurgie expérimentale intra-thoracique qui avait été pratiquée chez le chien et avait conduit à l'emploi des appareils à respiration en pression différente pour éviter les dangers immédiats du pneumothorax opératoire, ne pouvaient être appliquées à la chirurgie humaine, parce que chez le chien les plèvres communiquent entre elles expérimentalement sinon anatomiquement et que chez cet animal le pneumothorax est toujours bilatéral.

On a donc conclu à tort de la gravité immédiate d'un pneumothorax bilatéral méconnu à la gravité de tout pneumothorax chirurgical unilatéral.

De cette erreur est née la doctrine allemande qui proclame nécessaire l'emploi des appareils à respiration en hypo ou hyperpression pour toute ouverture de la plèvre.

Cette erreur est fondamentale. Chez l'homme le pneumothorax opératoire est unilatéral et tout pneumothorax unilatéral est parfaitement toléré; l'expérimentation chez des animaux à plèvres séparées (lapin, veau) d'un côté, la chirurgie humaine d'un autre, la pratique médicale du pneumothorax thérapeutique d'un troisième, le prouvent surabondamment. L'erreur d'avoir conclu des expériences faites chez le chien à la similitude des opérations semblables faites sur l'homme a conduit à l'erreur de la chirurgie allemande. Celle-ci a entravé l'essor de la chirurgie intra-pleurale en la soumettant à l'emploi d'appareils difficiles à manier, coûteux et parfaitement inutiles.

Les chirurgiens américains se sont rangés dernièrement (1924) à notre manière de voir. La vieille pratique française du pneumothorax chirurgical total inoffensif triomphe et d'elle dépendra l'essor de la chirurgie intra-pleurale.

Nos observations personnelles de chirurgie active dans les plaies de guerre du poumon, dans les tumeurs du médiastin, dans les éventrations diaphragmatiques, montrent que le pneumothorax chirurgical unilatéral est sans parti-

culier danger, que la chirurgie intra-pleurale unilatérale ne demande aucune disposition particulière dite à tort physiologique et que l'avenir de la chirurgie intra-pleurale réside dans le large pneumothorax opératoire.

CÔLON

La colectomie totale dans le traitement des cancers coliques. — *Bull. Soc. Chir.*, 1919, p. 1365.

Reproduction d'un sac colique après colectomie partielle ou totale. — *Archives des maladies du tube digestif*, 1923.

La colopexie en équerre. — *Presse médicale*, 1922. (En collaboration avec Grégoire.)

La cure radicale des grandes brèches coliques. — *Bull. Soc. Chir.*, 1919, p. 356.

Nous avons surtout insisté sur ce fait qu'après la résection partielle du côlon droit ou la résection totale des côlons, il se reproduit toujours un sac colique qui remplace le réservoir colique droit. La reproduction de ce sac est nécessaire pour le remaniement du contenu liquide du grêle et sa transformation en fèces normales, consistantes, d'évacuation anale. Après la résection du côlon droit, c'est le côlon transverse qui se dilate en sacs. Après la résection totale du côlon c'est la dernière anse grêle. Cette dilatation du grêle est douloureuse et explique les troubles si prolongés et si désagréables après la colectomie totale.

GENOU

Réparation immédiate des ligaments latéraux et intra-articulaires du genou par autoplastie dans les traumatismes de cette articulation. — *Bull. Soc. Chir.*, 1920 p. 358.

JAMBE

Indication et résultats du traitement opératoire immédiat dans les fractures fermées du cou-de-pied. — *Bull. Soc. Chir.*, 1923, p. 1413. (En collaboration avec Basset.)

Nous avons surtout insisté sur les très bons résultats obtenus dans les fractures récentes fermées du cou-de-pied par l'ostéosynthèse immédiate.

L'intervention n'est indiquée que dans les cas dont la réduction ou la coexcition sont impossibles.

Nous avons décrit un manuel opératoire spécial qui, aboutissant par le virage de la malléole péronière au tibia à la constitution d'un tibia bimalléolaire, assure la stabilité définitive de l'articulation tibio-tarsienne.

SHOK

Le shok au point de vue clinique. — *Rapport à la Société Internationale de Chirurgie*, 1923. (En collaboration avec E. Quénu et Pierre Mocquot.)

Dans ce rapport fait en collaboration avec notre maître Quénu et notre collègue Mocquot, nous avons montré les caractères cliniques du shok traumatique, montré une fois de plus que le shok est dû à une intoxication d'origine tissulaire dont le point de départ est la désintégration traumatique des albumines tissulaires (muscles surtout), et que cette conception mène à la pratique immédiate de l'ablation des masses traumatisées, fût-ce aux dépens d'une amputation.

